

**OFICINA DE ESCUELAS CATÓLICAS DIÓCESIS DE ARLINGTON  
ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL CONFIDENCIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

**PADRE/TUTOR: Complete este formulario al comienzo de cada año escolar.**

Nombre \_\_\_\_\_  M  F Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Madre / Tutora \_\_\_\_\_ # del trabajo \_\_\_\_\_ # de casa \_\_\_\_\_ # celular \_\_\_\_\_  
 Padre / Tutor \_\_\_\_\_ # del trabajo \_\_\_\_\_ # de casa \_\_\_\_\_ # celular \_\_\_\_\_  
 Médico \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente lista de verificación indicando cualquiera de las siguientes condiciones del estudiante, pasadas o presentes.**

|  | SÍ*                      | FECHA |
|--|--------------------------|-------|
| TDAH (Trastorno de déficit de atención con hiperactividad) | <input type="checkbox"/> |       |
| Alergias / Ambiental                                       | <input type="checkbox"/> |       |
| Alergias / Alimentos                                       | <input type="checkbox"/> |       |
| Alergias / Picaduras de Insectos o Abejas                  | <input type="checkbox"/> |       |
| Alergias / Látex   | <input type="checkbox"/> |       |
| Alergias / Medicamentos                                    | <input type="checkbox"/> |       |
| Ansiedad   | <input type="checkbox"/> |       |
| Asma / Problema respiratorio                               | <input type="checkbox"/> |       |
| Autismo  | <input type="checkbox"/> |       |
| Preocupaciones de comportamiento                           | <input type="checkbox"/> |       |
| Trastorno de vejiga / riñón                                | <input type="checkbox"/> |       |
| Trastorno de sangrado / coagulación                        | <input type="checkbox"/> |       |
| Trastorno óseo / articular / muscular                      | <input type="checkbox"/> |       |
| Cáncer   | <input type="checkbox"/> |       |
| Convulsiones / Epilepsia / ataques                         | <input type="checkbox"/> |       |
| COVID-19   | <input type="checkbox"/> |       |
| Depresión  | <input type="checkbox"/> |       |
| Problema dental  | <input type="checkbox"/> |       |
| Problema de desarrollo                                     | <input type="checkbox"/> |       |
| Mareos o desmayos  | <input type="checkbox"/> |       |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> |       |
| Restricción dietética                                      | <input type="checkbox"/> |       |
| Problema digestivo / intestino                             | <input type="checkbox"/> |       |
| Desorden alimenticio                                       | <input type="checkbox"/> |       |
| Desorden endocrino   | <input type="checkbox"/> |       |
| Lesión en la cabeza o la columna                           | <input type="checkbox"/> |       |

|   | SÍ*                      | FECHA |
|---|--------------------------|-------|
| Dolores de cabeza / migrañas                | <input type="checkbox"/> |       |
| Problema de audición                        | <input type="checkbox"/> |       |
| Defecto o enfermedad cardíaca               | <input type="checkbox"/> |       |
| Hepatitis o problema hepático               | <input type="checkbox"/> |       |
| Hernia                                      | <input type="checkbox"/> |       |
| Hipertensión                                | <input type="checkbox"/> |       |
| Trastorno del sistema inmunológico          | <input type="checkbox"/> |       |
| Enfermedad infecciosa, actual               | <input type="checkbox"/> |       |
| Enfermedad infecciosa, inactiva             | <input type="checkbox"/> |       |
| Envenenamiento por plomo                    | <input type="checkbox"/> |       |
| Problema menstrual                          | <input type="checkbox"/> |       |
| Diagnóstico de salud mental                 | <input type="checkbox"/> |       |
| Limitación de movilidad                     | <input type="checkbox"/> |       |
| Mononucleosis                               | <input type="checkbox"/> |       |
| Tratamiento de ortodoncia                   | <input type="checkbox"/> |       |
| Restricción de educación física             | <input type="checkbox"/> |       |
| Problema psicológico / emocional            | <input type="checkbox"/> |       |
| Escoliosis                                  | <input type="checkbox"/> |       |
| Condición de piel                           | <input type="checkbox"/> |       |
| Derrame fecal / Incontinencia               | <input type="checkbox"/> |       |
| Desorden del habla                          | <input type="checkbox"/> |       |
| Cirugía u Hospitalización                   | <input type="checkbox"/> |       |
| Tuberculosis                                | <input type="checkbox"/> |       |
| Trastorno de la visión o de los ojos        | <input type="checkbox"/> |       |
| Preocupación por el peso (bajo / sobrepeso) | <input type="checkbox"/> |       |
| Otro: (explique a continuación)             | <input type="checkbox"/> |       |

\*Proporcione detalles de todos los elementos marcados arriba **SÍ** : \_\_\_\_\_

¿La condición de salud del estudiante requiere medicamentos médicamente necesarios o tratamientos de atención médica especializados en la escuela?  SÍ  NO

Explique \_\_\_\_\_

¿El estudiante toma algún medicamento, suplemento homeopático o suplemento nutricional y de rendimiento?

SÍ

NO Explique \_\_\_\_\_

Específicamente **durante o después del ejercicio**, ¿El estudiante ha experimentado alguno de los siguientes? Marque todo los que corresponda:

- Desmayo / Pérdida del conocimiento  Apoplejía por calor  Aturdimiento *severo* / Mareos  Tos / Sibilancias  Moretones excesivos  
 Falta de aliento *extremo*  Dolor en el pecho  Entumecimiento / Hormigueo en \_\_\_\_\_  NINGUNO APLICA

¿Se realizó una Evaluación Médica como resultado de alguno de los síntomas anteriores durante el ejercicio?  SÍ  NO Resultado: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre/tutor), doy permiso para que el personal escolar identificado proporcione atención médica de rutina y primeros auxilios a mi hijo según sea necesario durante las actividades escolares y extra escolares. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela todos los medicamentos recetados o de venta libre necesarios para el estudiante, así como los suministros y autorizaciones de tratamiento médico necesarios, si es necesario durante la jornada escolar. La enfermera de la escuela y/o asistente de salud tienen mi permiso para compartir la información confidencial de salud de mi hijo, según sea necesario, con los miembros adecuados del personal educativo (por ejemplo, maestros, consejeros, entrenadores deportivos, personal de jornada extendida), y equipo de atención médica, para su uso en la satisfacción de las necesidades educativas y de salud de mi estudiante.

Al firmar este documento, acepto, reconozco y pretendo que mi consentimiento sea válido en la fecha de la firma hasta el año escolar identificado.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_